

# REVISIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PARA CLIENTES DE CONSULTA EXTERNA

He hablado con mi psiquiatra o enfermero/a, \_\_\_\_\_, quien ha recomendado que yo/mi hijo/a reciba medicamentos para tratar síntomas de: \_\_\_\_\_.

A continuación se indican los tipos de medicamentos recetados:

- Antidepresivo  Ansiolítico  Estabilizador del Estado de Animo  Antipsicótico  Otro \_\_\_\_\_

Medicamentos	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Entiendo la(s) dosis y cuándo tomarla(s) y sé que se me comunicará y podré opinar sobre cualquier cambio de dosis o frecuencia durante el tratamiento.

**Se me ha informado que los medicamentos pueden tener algunos efectos secundarios, tales como:**

- Rigidez /temblor muscular       Somnolencia       Sequedad bucal/visión borrosa/constipación  
 Náuseas/cambios de apetito       Problemas sexuales       Problemas del embarazo       Mareos  
 Interacción con otros medicamentos, alimentos y enfermedades       Diabetes       Aumento de peso  
 Otros \_\_\_\_\_

Entiendo que estos son los efectos secundarios más comunes y que puede haber otros menos comunes. También entiendo que debo informar inmediatamente a mi psiquiatra u otro miembro del equipo de salud mental acerca de cualquier cambio en mi estado o el de mi hija/o (por ejemplo mareos, sedación grave, sarpullidos), si llegara a quedar embarazada y/o si se nos recetara algún otro medicamento para otras enfermedades.

Entiendo además que algunos antipsicóticos pueden causar otro efecto secundario, la disquinesia tardía, que puede provocar un movimiento involuntario de la lengua, cara, cuello, miembros o torso, incluso después de dejar de tomar el medicamento.

Comprendo que soy yo quien debe decidir tomar el medicamento y que, si deseo dejar de tomarlo, siempre debo de consultar antes a mi psiquiatra.

Entiendo que mi psiquiatra considera que la medicación me ayudará, pero no existen garantías de los resultados.

- HE LEÍDO ESTE FORMULARIO       ME HAN LEÍDO ESTE FORMULARIO  
 UN INTÉRPRETE ME TRADUJO VERBALMENTE ESTE FORMULARIO A \_\_\_\_\_

Si el cliente o adulto responsable firmó una traducción del presente formulario, dicha versión traducida debe adjuntarse a la versión en inglés.

**SE ME HA EXPLICADO LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ESTE FORMULARIO Y ACEPTO TOMAR LOS MEDICAMENTOS QUE ME HAN RECETADO.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_  
(Cliente) (Padre/Tutor /Curador)

**HE EXPLICADO LOS BENEFICIOS, EFECTOS SECUNDARIOS Y RIESGOS DE LOS MEDICAMENTOS INDICADOS Y HE OBTENIDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE/ADULTO RESPONSABLE.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Psiquiatra o Enfermero/a y Disciplina)

Usted recibe esta información confidencial conforme a las leyes y reglamentos estatales y federales que incluyen, sin limitarse a ellos, el Código de Bienestar Público e Instituciones de Salud, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la Ley HIPAA. Está prohibida la reproducción de esta información para terceros sin la autorización previa por escrito del cliente o su representante autorizado a menos que la ley lo permita. Una vez cumplido el propósito de la solicitud original, se debe destruir esta información.	Nombre:	Servicio N°
	Agencia:	Proveedor N°
	Condado de Los Angeles – Departamento de Salud Mental	
	Los Angeles County – Department of Mental Health	

## REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN PARA CLIENTES DE CONSULTA EXTERNA